

# あみの歯科セミナー申込書

平成 年 月 日

患者番号 (注1)		お名前 (注2)	
ご住所	〒		
ご連絡先	電話	FAX	
ご希望月日 (注3)	第 回 平成 年 月 日 (土) 午後1時より		
お申込人数 (注4)	人 (小学生以下 人含む)		
セミナーへのご要望 (注5)			

本状でのお申し込み後、当方よりセミナー受付確認書を記載の  
FAX へ送付いたします。

セミナー受付確認書を受け取られてお申込が完了となります。

注1 あみの歯科医院診察券左上の番号です。  
診察券が無い場合には記入されなくて結構です。

注2 当方よりご連絡できます方のお名前をお願いします。

注3 受講されますご希望の日付をご記入してください。ご記入が無い場合はお申し込み日直近の開催日と致します。ただし、Webでの締切は当該週の木曜日とします。  
(セミナーは第1土曜日がむし歯、第3土曜日が歯周病のお話です。)

注4 1組でのご参加人数の制限はありませんが、  
10名以上のグループでのご参加は申し込みの前に  
当方までご連絡下さい。

注5 あみの歯科セミナーへのご要望、ご意見、他何でも結構です、ご記入下さい。

あみの歯科医院 FAX 072-694-5616